

# Beitrittserklärung

Ich bin approbierte(r) Apotheker(in) und möchte im BVDA  
(Bundesverband Deutscher Apotheker e.V.):

\*) Mitglied werden - Hauptapotheke (Jahresbeitrag EUR 870,-)

\*) Mitglied werden – Filiale (Jahresbeitrag EUR 420,-)

\*) Mitglied werden - Außerordentliches Mitglied (Jahresbeitrag EUR 72,-)

\*) zutreffendes bitte ankreuzen

Mitgliedsdaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Eintrittsdatum:
Ich bin: Inhaber(in) / Pächter(in) / Angestellte(r) (nichtzutreffendes streichen)	

Privatanschrift	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	

Apothekenanschrift Hauptapotheke	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	eMail:
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
Bankverbindung	
Bank:	BIC:
IBAN:	

Apothekenanschrift 1. Filialapotheke	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	eMail:
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
Bankverbindung	
Bank:	BIC:
IBAN :	

<b>Apothekenanschrift 2. Filialapotheke</b>	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	eMail:
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
<b>Bankverbindung</b>	
Bank:	BIC:
IBAN :	

<b>Apothekenanschrift 3. Filialapotheke</b>	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	eMail:
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
<b>Bankverbindung</b>	
Bank:	BIC:
IBAN :	



\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Apothekenstempel

<b>Einzugsermächtigung</b>	
<p>Hiermit ermächtige ich dem Bundesverband Deutscher Apotheker e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresmitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Für Rücklastschriften wird eine Bearbeitungsgebühr von EUR 10,00 erhoben.</p>	
_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift

<b>Datenschutzerklärung</b>	
<p>Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Angaben elektronisch gespeichert und vom Bundesverband Deutscher Apotheker e.V. ausschließlich zur Mitgliederverwaltung und zum Zweck der Mitgliederinformation genutzt werden. Eine Weitergabe an Dritte darf nicht erfolgen.</p>	
_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift